

Оригинальные работы / Original papers

© Коллектив авторов, 2017
УДК 616.716.1-002-036.11-06:616-003.96

М. М. Соловьёв^{1*}, М. Б. Кадыров¹, Г. Н. Маградзе², К. П. Пименов¹

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия
² Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 15», Санкт-Петербург, Россия

ВЫРАЖЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ПСИХО-СЕНСОРНО-АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АУТОДЕЗАДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Резюме

Работа по комплексному исследованию 119 больных острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации (ОВЗ ЧЛЛ) с использованием метода первичной экспресс-диагностики психо-сенсорно-анатомо-функциональной (ПСАФ) аутодезадаптации проведена в ПСПбГМУ им. И. П. Павлова и в больнице № 15 Санкт-Петербурга. При анализе результатов исследования 119 больных ОВЗ ЧЛЛ не выявлено достоверной корреляционной связи между показателями выраженности ПСАФ-аутодезадаптации, отражающими психологический статус пациента, и соматического статуса — показателями выраженности синдромов местного и системного воспалительного ответа организма. Системный подход к исследованию больных позволил выделить три варианта течения заболевания — по сбалансированному, соматопсихическому и психосоматическому варианту. Психосоматический вариант течения ОВЗ ЧЛЛ наблюдался у 10,4 % обследованных больных. Больные с психосоматическим вариантом течения ОВЗ ЧЛЛ нуждаются в психотерапевтической поддержке со стороны хирурга-стоматолога, челюстно-лицевого хирурга. Высокий уровень аутодезадаптации, неэффективность проводимых психотерапевтических мероприятий являются основанием для участия в лечении больного клинического психолога или психотерапевта.

Ключевые слова: системный подход, синдром ПСАФ-аутодезадаптации, экспресс-диагностика ПСАФ-аутодезадаптации, психосоматический, сбалансированный, соматопсихический тип течения заболевания

Соловьёв М. М., Кадыров М. Б., Маградзе Г. Н., Пименов К. П. Выраженность и структура психо-сенсорно-анатомо-функциональной аутодезадаптации у больных острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации. Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 2017; 24(4): 68 — 74. DOI: 10.24884/1607-4181-2017-24-4-68-74.

* Автор для связи: Михаил Михайлович Соловьёв, ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, ул. Льва Толстого, д. 6-8, Санкт-Петербург, Россия, 197022. E-mail: solmm@rambler.ru.

© Composite authors, 2017
UDC 616.716.1-002-036.11-06:616-003.96

Soloviev M. M.^{1*}, Kadyrov M. B.¹, Magradze G. N.², Pimenov K. P.¹

¹Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Academician I. P. Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia

²City hospital № 15, St. Petersburg, Russia

SEVERITY AND STRUCTURE OF PSYCHO-SENSORY-ANATOMICAL-FUNCTIONAL AUTODISADAPTATION IN PATIENTS WITH ACUTE ODONTOGENIC INFLAMMATORY DISEASES OF MAXILLO-FACIAL LOCALIZATION

Abstract

The work on a comprehensive study of 119 patients with acute inflammatory diseases of maxillo-facial localization (AID MFL) using the method of primary express diagnostics of psycho-sensory-anatomical-functional autodisadaptation (PSAF autodezadaptation) was carried out in "Pavlov First Saint Petersburg State Medical University" and in the Hospital № 15 of St. Petersburg. The analyzed results of the study of 119 patients with AID MFL did not revealed reliable correlation between the severity indicators of the PSAF autodezadaptation, reflecting the patient's psychological status, and the somatic status, as indicators of the severity of local and systemic inflammatory response syndromes in the body. A systematic approach to the study of patients allowed distinguishing three variants of the course of the disease: balanced, somatopsychic and psychosomatic variant. A psychosomatic variant of the course of AID MFL was observed in 10.4% among the examined patients. Patients with a psychosomatic variant of the course of AID MFL need a psychotherapeutic support from a dental surgeon, a maxillofacial surgeon. High level of autodezadaptation, ineffectiveness of conducted psychotherapeutic measures are the reasons for participation of clinical psychologist or psychotherapist in the treatment of a sick.

Keywords: systemic approach, PSAF autodisadaptation syndrome, express diagnostics of PSAF autodisadaptation, psychosomatic, balanced, somatopsychic variants of course of the disease

Soloviev M. M., Kadyrov M. B., Magradze G. N., Pimenov K. P. Severity and structure of psycho-sensory-anatomical-functional auto-disadaptation in patients with acute odontogenic inflammatory diseases of maxillo-facial localization. The Scientific Notes of IPP-SPSMU. 2017;24(4):68 – 74. (In Russ.). DOI: 10.24884/1607-4181-2017-24-4-68-74.

* **Corresponding author:** Mihail M. Soloviev, FSBEI HE I. P. Pavlov SPbSMU MOH Russia, 6-8 L'va Tolstogo street, Saint-Petersburg, Russia, 197022. E-mail: solimm@rambler.ru.

ВВЕДЕНИЕ

Объект исследования — больные с острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации (ОВЗ ЧЛЛ). Распространенность этой патологии высока, имеет тенденцию к росту [1–3]. Среди больных, находящихся на лечении в челюстно-лицевых стационарах, больные с ОВЗ ЧЛЛ составляют до 55–65 % [4, 5]. Это определяет актуальность проблемы совершенствования диагностики и лечения больных ОВЗ ЧЛЛ.

Принцип «лечить нужно не болезнь, а больного», провозглашенный еще Гиппократом, отражает сущность системного подхода в медицине к познанию организма человека как единой природно-социальной системы, составные компоненты которой неразрывно связаны и взаимодействуют между собой [6]. На необходимость придерживаться этого принципа при исследовании и лечении больных стоматологического профиля указывают ведущие ученые нашей страны: «Основной ошибкой молодых специалистов является то, что они не лечат пациента, не пытаются найти с ним взаимопонимание, а "создают улыбку". Подобный механистический подход низводит саму специальность до уровня ремесленничества» [7].

В учебниках, руководствах для врачей, методических рекомендациях и пособиях, посвященных проблеме ОВЗ ЧЛЛ, изложение клинической картины у больных с этой патологией, за редким исключением [8], содержит описание двух компонентов заболевания:

— первый компонент — жалобы и симптомы, характеризующие местный воспалительный процесс, т. е. синдром МВ;

— второй компонент — жалобы и симптомы, характеризующие системные реакции организма на инфекционно-воспалительный процесс, т. е. синдром СВО: лихорадка, тахикардия, одышка, отклонение от нормативных значений гематологических, биофизических, биохимических, иммунологических показателей.

Такое описание клинической картины ОВЗ ЧЛЛ не отвечает требованиям системного подхода к исследованию пациента, так как не ориентирует врача на познание им больного как единой биопсихосоциальной системы.

Системный подход к исследованию таких больных предполагает необходимость учета еще одного компонента в структуре болезни, отражающего

психоземotionalное состояние человека. Для этого компонента характерны следующие проявления болезни: тревога пациента за исход заболевания, страх перед предстоящей операцией, ухудшение самочувствия, переживания, обусловленные болью, нарушением глотания, речи, ограничением открывания рта, деформацией лица. Отражение перечисленных проявлений заболевания в сознании пациента и субъективная самооценка выраженности их получили название «внутренняя картина болезни» (ВКБ) [9]. Поэтому с позиций системного подхода адекватной стартовой моделью болезни при ОВЗ ЧЛЛ является трехкомпонентная модель, в которой перечисленные три компонента неразрывно связаны и взаимодействуют между собой, а каждый компонент является, в свою очередь, системой, состоящей из составных частей — кластеров, элементов (рис. 1) [10, 11].

Диагностика ВКБ достаточно сложна, трудоемка для проведения ее стоматологами [12]. Поэтому в ПСПбГМУ им. И. П. Павлова разработана методика первичной экспресс-диагностики ПСАФ-аутодезадаптации, результаты которой отражают психологический статус исследуемого, позволяющие оценить состояние тревожности [10, 13].

Цель исследования — изучить выраженность, структуру ПСАФ-аутодезадаптации у больных ОВЗ ЧЛЛ и характер взаимосвязи трех синдромов: синдрома ПСАФ-аутодезадаптации, синдрома МВ и синдрома СВО в динамике заболевания.

Задачи исследования:

1) изучить динамику выраженности и взаимосвязи трех синдромов — синдрома ПСАФ-аутоде-

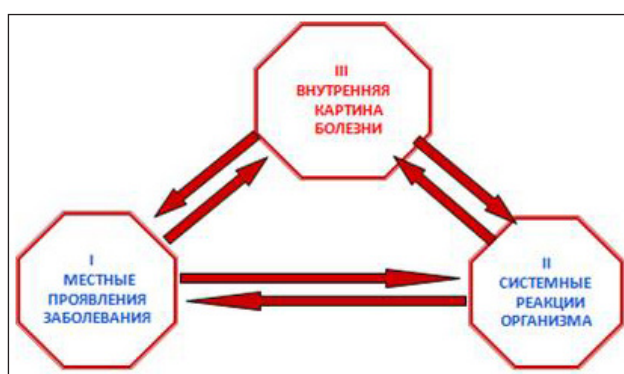


Рис. 1. Трехкомпонентная стартовая модель болезни при ОВЗ ЧЛЛ

Fig. 1. Three-component starting model of the disease in AID MFL

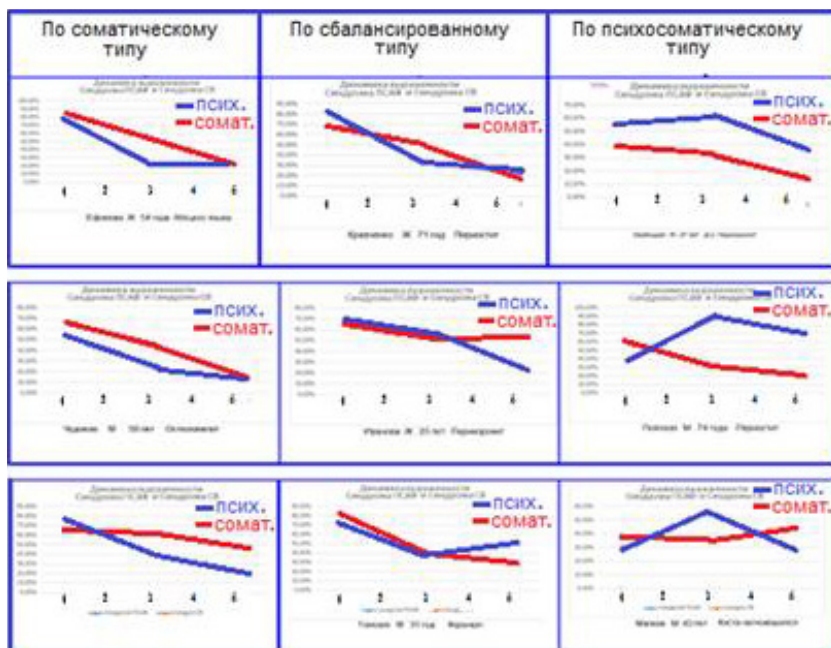


Рис. 2. Распределение больных ОВЗ ЧЛЛ по соматопсихическому, психосоматическому и сбалансированному варианту течения заболевания
Fig. 2. The distribution of the patients according to AID MFL somatopsychic, psychosomatic and balanced course of disease

адаптации, синдрома МВ, синдрома СВО у больных ОВЗ ЧЛЛ;

2) изучить возможность выделения различных вариантов течения ОВЗ ЧЛЛ в зависимости от соотношения выраженности соматического и психологического компонентов заболевания;

3) сформулировать принципы разработки индивидуально ориентированных программ лечения больных ОВЗ ЧЛЛ с учетом соотношения выраженности и структуры синдрома ПСАФ-аутоадаптации, синдрома МВ и синдрома СВО.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объект исследования — 119 больных с ОВЗ ЧЛЛ, которые находились на лечении в клинике челюстно-лицевой хирургии ПСПбГМУ им. И. П. Павлова (98 больных) и в отделении ЧЛХ городской больницы № 15 Санкт-Петербурга (21 больной) в период с 2014 по 2016 г. Среди больных было 57 женщин и 62 мужчин. Возраст больных: от 21 года до 44 лет — 78 человек; от 45 до 59 лет — 23 человека; от 60 до 74 лет — 16 человек; от 75 до 85 лет — 2 человека.

В группу исследуемых не включали больных с атипичными формами остеомиелита челюстей, врожденными и приобретенными нарушениями остеогенеза, страдающих алкоголизмом, наркоманией, тяжелыми формами соматической патологии.

Стандартное базовое обследование включало выяснение и регистрацию жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни больного, данных осмотра, пальпации, термометрии кожных покровов и слизистой оболочки полости рта над очагом воспаления,

пульсометрии, измерения амплитуды открывания рта, измерения артериального давления, частоты пульса, рентгенографического исследования, клинического анализа крови, мочи. При наличии у больного фоновой патологии объем лабораторного исследования расширяли по показаниям.

Специальные методы исследования: оценка функции глотания; оценка выраженности и структуры ПСАФ-аутоадаптации больного — при госпитализации и на 3-и, 6-е сутки пребывания его в стационаре.

Исследование выраженности и структуры ПСАФ-аутоадаптации проводили в соответствии с инструкцией, содержащейся в методическом пособии «Синдром психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации» (под ред. С. Ф. Багненко, А. И. Яременко, А. А. Скоромец/М. М. Соловьёв, А. И. Яременко, Е. Р. Исаева, Е. Е. Малкова и др. СПб. 2015. 35 с.).

Использовали два варианта «Листа добровольной доверительной информации врача пациентом» (Лист ДДИ) (рис. 2).

Протокол лечения больных с ОВЗ ЧЛЛ:

1) хирургическое дренирование очага гнойного воспаления в челюсти через альвеолу удаленного зуба и в мягких тканях лица, шеи — рассечением мягких тканей над очагом гнойного воспаления под сочетанной местной или общей анестезией;

2) эмпирическая антибактериальная терапия, которую начинали до проведения или во время проведения оперативного вмешательства. Патогенетическую терапию проводили с учетом течения инфекционно-воспалительного процесса по гиперергическому, нормергическому, гиперергическому типу, а также с учетом варианта соотношения выраженности соматического и психического компонентов (психосоматический, сбалансированный, соматопсихический вариант).

Осложнений в ходе лечения больных не наблюдалось. Все больные были выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии на долечивание в амбулаторном режиме.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

1. Динамика выраженности и взаимосвязи трех синдромов (синдрома ПСАФ-аутоадаптации, синдрома МВ, синдрома СВО) у больных острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации.

Результаты исследования 119 больных с ОВЗ ЧЛЛ приведены в табл. 1.

Из данных табл. 1 видно, что в 1-е сутки пребывания больных в клинике показатели выраженности синдрома ПСАФ-аутодезадаптации и синдрома СВО были практически одинаковы. Показатель выраженности синдрома МВ был ниже — $21,7 \pm 0,69$ балла ($t = 2,04$; $p < 0,05$). На 3-и и 6-е сутки пребывания больных в клинике зарегистрировано достоверное снижение показателей выраженности всех трех синдромов. Это объясняется тем, что к числу факторов, влияющих на формирование аутодезадаптации у исследованных больных, относятся факторы, описываемые как классические симптомы воспаления: *tumor* (припухлость); *dolor* (боль); *functio laesa* (нарушение функции речеобразования, жевания, глотания, дыхания).

По мере стихания острого воспалительного процесса снижается выраженность этих факторов, участвующих в формировании ПСАФ-аутодезадаптации, как по объективной оценке врача, так и по субъективной оценке больного. Поэтому снижается и суммарный (интегральный) показатель выраженности синдрома ПСАФ-аутодезадаптации (табл. 1).

Результаты изучения парной корреляции между тремя изучаемыми синдромами в динамике заболевания приведены в табл. 2.

Из данных табл. 2 видно, что у больных ОВЗ ЧЛЛ достоверная корреляционная связь между тремя исследуемыми синдромами отсутствовала, за исключением слабо выраженной корреляции между синдромом СВО и синдромом МВ в 1-е сутки пребывания больных в клинике. Причина этого, скорее всего, в том, что особенностью формирования аутодезадаптации является субъективная оценка пациентом аверсивности факторов воспалительного генеза, а она во многом зависит от его индивидуальных психологических особенностей.

2. Выделение трех вариантов течения заболевания по соотношению выраженности соматического и психологического компонентов болезни: психосоматического, сбалансированного, соматопсихического варианта.

Анализ клинической картины заболевания, основанный на сопоставлении выраженности соматического и психологического (аутопластического) компонентов заболевания, позволил нам распределить больных по трем группам (рис. 2):

— соматопсихический вариант течения заболевания — у 10,35 % больных;

— сбалансированный вариант течения заболевания — у 79,25 % больных;

— психосоматический вариант течения заболевания — у 10,4 % больных.

3. Мониторинг состояния пациентов с ОВЗ ЧЛЛ в процессе лечения с оценкой динамики выраженности трех синдромов и структуры отдельных кластеров.

Таблица 1

Динамика выраженности трех синдромов у 119 больных ОВЗ ЧЛЛ, баллы

Table 1

Dynamics of the severity scores in the three syndromes in 119 patients with odontogenic inflammatory diseases of maxillofacial localization

Синдром	Сутки		
	1-е	3-и	6-е
ПСАФ АД	$23,8 \pm 0,77$	$17,64 \pm 0,59$	$10,77 \pm 0,547$
СВО	$23,0 \pm 0,72$	$17,08 \pm 0,64$	$12,06 \pm 0,557$
МВ	$21,7 \pm 0,69$	$15,55 \pm 0,45$	$9,84 \pm 0,23$

Мониторинг состояния пациентов ОВЗ ЧЛЛ и другими заболеваниями важен для своевременной коррекции проводимого лечения и реабилитационных мероприятий, для сравнительной оценки эффективности использования традиционных и новых лекарственных форм, методов физиотерапии. Примером системного подхода к мониторингу состояния больных с гнойно-воспалительным процессом челюстно-лицевой локализации может служить следующее клиническое наблюдение.

Больная Е., 54 лет, была госпитализирована в клинику ЧЛХ ПСПбГМУ им. И. П. Павлова по поводу абсцесса среднего отдела языка. При системном подходе к обследованию больной и мониторинге ее состояния на протяжении 6 суток были получены данные, приведенные на рис. 3.

По соотношению выраженности синдрома ПСАФ-аутодезадаптации, синдромов местного и системного воспалительного ответа заболевание у больной Е. протекало по сбалансированному варианту (рис. 3, а). На высоте острого воспалительного процесса роль отдельных кластеров в формировании аутодезадаптации, по самооценке больной, была следующей (рис. 3, б):

— анатомический кластер в виде увеличения размеров языка, вынуждавшего больную держать рот полуоткрытым, — 9 баллов;

— функциональный кластер в виде затруднения глотания жидкости и слюны, нарушения речи — 7 баллов;

Таблица 2

Коэффициенты парной корреляции (r) между тремя синдромами на 1-е, 3-и, 6-е сутки пребывания больных в клинике

Table 2

Coefficients of pair correlation (r) between the three syndromes are: 1, 3, and 6 day stay patients in the clinic

Синдром	Сутки		
	1-е	3-и	6-е
ПСАФ АД — СВО	0,04	0,06	0,15
ПСАФ АД — МВ	0,09	0,016	0,02
СВО — МВ	0,351	0,287	0,07

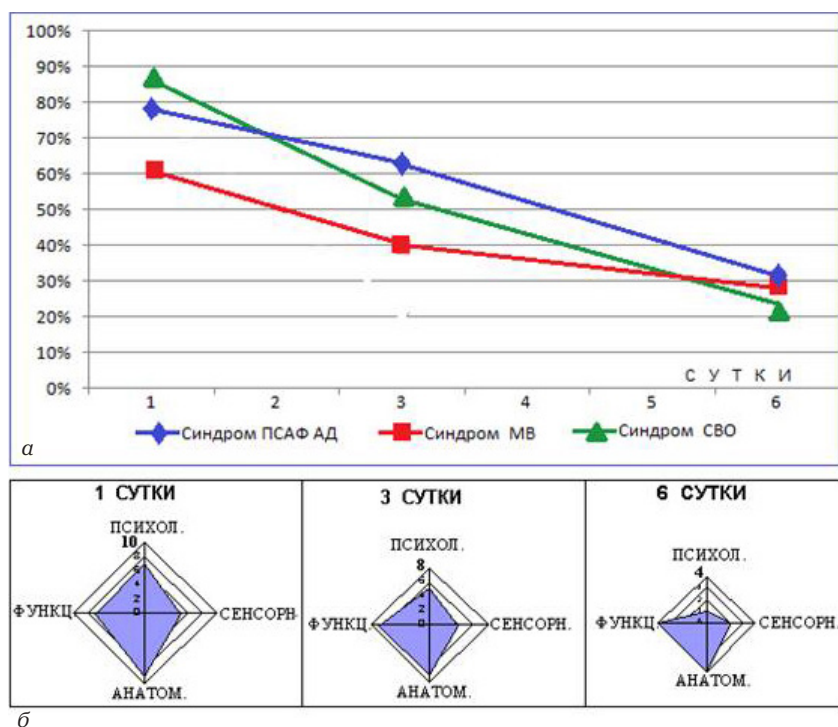


Рис. 3. Динамика выраженности трех синдромов (а) и структуры синдрома ПСАФ-аутодеадаптации (б) у больной Е. Т., 54 лет (ист. бол. 2294С).

Диагноз: абсцесс языка

Fig. 3. Dynamics of the severity of the three syndromes (а) and the structure of the «PSAF autodeadaptation syndrome» (б) in patient E., 54 years, with an abscess of the tongue

— психологический кластер — страх задохнуться, захлебнуться жидкостью, слюной — 7 баллов.

Под влиянием комплексного лечения к 3-м суткам наблюдалось снижение выраженности синдромов МВ, СВО и, особенно, синдрома ПСАФ-аутодеадаптации. Это произошло, в первую очередь, за счет снижения выраженности анатомического кластера (с 9 до 7 баллов) и психологического кластера (с 7 до 5 баллов). Однако выраженность функционального кластера оставалась высокой (7 баллов) — увеличенный язык мешал разжевыванию пищи, затруднял речь.

К 6-м суткам суммарный (интегральный) показатель выраженности синдрома ПСАФ-аутодеадаптации составил 11 баллов (30,5 % от максимально возможного значения), т. е. снизился в 2,5 раза по сравнению с исходным значением (рис. 3, б).

4. Принципы разработки индивидуально ориентированных программ лечения больных острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации с учетом соотношения выраженности трех синдромов.

Индивидуальный подход в проведении неотложных лечебных мероприятий и планировании программы лечения в целом начинается с момента встречи хирурга-стоматолога, челюстно-лицевого хирурга с больным ОВЗ ЧЛЛ.

При локализации инфекционно-воспалительного процесса в области дна полости рта, языка с признаками нарастающей асфиксии дислокационного, стенотического характера больные испытывают панический страх, боятся задохнуться, что усиливает одышку. В таких случаях параллельно с решением вопроса о наложении трахеостомы необходимо по возможности успокоить больного, постараться внушить ему, что дышать следует реже и глубже. Такие больные часто указывают на то, что из-за боли они совсем не могут глотать, из-за чего в течение 1–3 суток ничего не пили, не принимали пищи, лекарств. Часто это обусловлено искажением больным самооценки выраженности боли и нарушения функции глотания. В таких случаях больному следует объяснить, что для проглатывания небольшого объема жидкости, пищи требуется значительное сокращение мышц глотки, что вызывает сильную боль. При увеличении объема жидкости до объема столовой ложки для проглатывания ее не требуется сильного сокращения мышц.

После такого разъяснения больной, как правило, оказывается в состоянии проглатывать жидкость большими глотками.

Изменение архитектоники лица за счет отека, воспалительного инфильтрата мягких тканей вызывает беспокойство с искажением самооценки пациентом выраженности деформации. Такое состояние усиливается страхом предстоящей операции, ожиданием появления «шрама» на лице. Для снижения тревожности, страха следует объяснить больному, что после стихания воспалительных явлений лицо станет прежним, послеоперационный «шрам» будет едва заметен и не снизит привлекательность его лица.

Характер и последовательность проведения лечебных мероприятий (операции по дренированию гнойно-воспалительного очага в челюсти и околочелюстных мягких тканях, антибактериальной, патогенетической терапии, физиотерапии) определяются с учетом выраженности и структуры синдрома МВ, синдрома СВО.

При планировании операции по дренированию очага гнойного воспаления в челюсти часто встает вопрос об удалении зуба (зубов), удалении несъемного зубного протеза. Это усиливает состояние тревожности пациента и может быть причиной отказа от удаления зуба.

Разъяснение обоснованности плана лечения и обсуждение возможных вариантов возмещения дефекта зубного ряда новым протезом снижает уровень тревоги больного. Анализ структуры ПСАФ-аутодезадаптации позволяет выявить и другие причины тревожного состояния больного.

Если компетенция хирурга-стоматолога, челюстно-лицевого хирурга недостаточна для нормализации эмоционально-психологического состояния больного или выявлен высокий уровень ПСАФ-аутодезадаптации, преимущественно за счет психологического кластера, это служит основанием для консультации больного медицинским психологом, психотерапевтом.

ВЫВОДЫ

1. При анализе результатов комплексного исследования 119 больных с ОВЗ ЧЛЛ в динамике заболевания не выявлено достоверной корреляционной связи между тремя изучаемыми синдромами за исключением слабо выраженной корреляции между показателями выраженности синдрома СВО и синдрома МВ в 1-е сутки пребывания больных в клинике.

2. Системный подход к исследованию больных позволяет выделить три варианта течения заболевания — по сбалансированному, соматопсихическому и психосоматическому варианту. Психосоматический вариант течения острой одонтогенной инфекции наблюдался нами у 10,4 % обследованных больных. Больные с психосоматическим вариантом течения острой одонтогенной инфекции нуждаются в психотерапевтической поддержке со стороны хирурга-стоматолога, челюстно-лицевого хирурга. Высокий уровень аутодезадаптации, неэффективность проводимых психотерапевтических мероприятий являются основанием для консультации больного клиническим психологом, психотерапевтом.

3. Системный подход к исследованию больного с использованием методики экспресс-диагностики ПСАФ-аутодезадаптации может применяться для мониторинга состояния больного на этапах лечения и реабилитации, а также использоваться как один из компонентов комплексной оценки эффективности применения лекарственных средств, новых лечебных технологий.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов.

Conflicts of interest

Authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мубаракова Л. Н. Алгоритм диагностики поражения костной ткани челюстей при гнойно-воспалительных забо-

леваниях челюстно-лицевой области // Стоматология. — 2008. — № 3. — С. 52–54.

2. Clinical Characteristics and Treatment of Osteopetrosis Complicated by Osteomyelitis of the Mandible / H. J. Sun, L. Xue, C. B. Wu, Q. Zhou // J. Craniofac Surg. — 2016. — № 27 (8). — P. e728–e730.

3. Osteomyelitis of the condyle secondary to pericoronitis of a third molar: a case and literature review / R. Wang, Y. Cai, Y. F. Zhao, J. H. Zhao // Aust. Dent. J. — 2014. — № 59 (3). — P. 373–374.

4. Клинический анализ заболеваемости одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области по данным отделения челюстно-лицевой хирургии клиник Самарского государственного медицинского университета / И. М. Байриков, В. А. Монаков, А. Л. Савельев, Д. В. Монаков // Междунаро- д. журн. приклад. и фундамент. исслед. — 2014. — № 11. — С. 100–104.

5. Тер-Асатуров Г. П. Некоторые вопросы патогенеза одонтогенных флегмон // Стоматология. — 2005. — № 84 (1). — С. 20–27.

6. Медицинская энциклопедия. — Мед. холдинг, 1998 — 2017.

7. Антонова И. Н., Орехова Л. Ю., Ткаченко Т. Б. и др. Научное обоснование алгоритма подготовки больных к протезированию полости рта // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. — 2015. — Т. XXII. — № 2. — С. 68–70.

8. Соловьёв М. М., Большаков О. П., Галецкий Д. В. Гнойно-воспалительные заболевания головы и шеи. — М.: Умный доктор, 2016. — 191 с.

9. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. — 4-е изд. — М.: Медицина, 1977. — С. 37–52.

10. Синдром психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации / М. М. Соловьёв, А. И. Ярёмченко [и др.]; под ред. С. Ф. Багненко, А. И. Ярёмченко, А. А. Скоромец. — СПб., 2015. — 35 с.

11. Ярёмченко А. И., Ванчакова Н. П. Системно-интегративный подход к формированию у студентов целостного восприятия здоровья и болезни с использованием метода экспресс-диагностики ПСАФ аутодезадаптации // Медицинская (клиническая) психология: IV Междунаро- д. науч.-практ. конф. 12–14 окт. 2017 г. — СПб., 2017.

12. Лебедева У. В., Рыбакова К. В., Лотоцкий А. Ю. и др. Основы психосоматической медицины. Разработки к семинарским занятиям для студентов 6 курса лечебного и спортивного факультетов. — СПб.: СПбГМУ, 2008.

13. Кадыров М. Б., Малкова Е. Е. Роль Синдрома ПСАФ аутодезадаптации в оценке клинико-психологического статуса больных при различных вариантах течения воспалительных заболеваний ЧЛО // Актуальные проблемы человека в инновационных условиях современного образования и науки: сб. тез. конф. / РГПУ им. А. И. Герцена. — СПб., 2016.

REFERENCES

1. Mubarakova L. N. The algorithm of diagnostics of lesions of the jaw bone with purulent-inflammatory diseases of maxillofacial area. Dentistry 2008; 3: 52-54.

2. Sun HJ, Xue L, Wu CB, Zhou Q. Clinical Characteristics and Treatment of Osteopetrosis Complicated by Osteomyelitis of the Mandible. J. Craniofac Surg. 2016 Nov;27(8):e728-730

3. Wang R, Cai Y, Zhao YF, Zhao JH. Osteomyelitis of the condyle secondary to pericoronitis of a third molar: a case and literature review. Aust Dent J. 2014. Sep; 59(3):373-4.

4. Ofbairiki, I. M. Clinical analysis of the incidence of odontogenic phlegmons of the maxillofacial area according to the Department of oral and maxillofacial surgery clinics of Samara state medical University / I. M. Bairiki, V. A. Monakov,

A. L. Savel'ev, D. V. monakow // international journal of applied and fundamental research. — 2014. — No. 11. — S. 100-104.

5. Ter-Asaturov, G. P. Some questions of the pathogenesis of odontogenic phlegmons / G. P. Ter-Asaturov // Dental. — 2005. — № 84 (1). — S. 20-27.

6. Medical encyclopedia «Medical Холдинг 1998 — 2017».

7. Antonova, I. N., Orekhova L. Y., Tkachenko T. B., Ulitovskiy B. S., Khatskevich G. A., Yaremenko A. I. Scientific justification of the algorithm prepare patients for oral prosthetics. «Proceedings of St. Petersburg state medical University im. Acad. I. P. Pavlova». Vol. XXII № 2 2015 68-70).

8. Solov'ev M. M., bol'shakov O. P., Galetsky D. V. Purulent-inflammatory diseases of the head and neck/ M. «Smart doctor» in 2016. 191 p.

9. Luria A. R. the Internal picture of the disease and iatrogenia disease. 4-e Izd. — M. Medicine, 1977. — S. 37 — 52.

10. «Syndrome psycho-sensory-anatomical and functional maladjustment» ed. Bagnenko S. F., Yaremenko A. I., Skormets A. A. Soloviev, M. M., Yaremenko A. I. and others. SPb 2015. 35 C.

11. Yaremenko A. I., Vancakova N. P. (Spbgmu them. I. P. Pavlov, St. Petersburg) «Systemic - integrative approach to formation of students' holistic perception of health and disease using the method of Express-diagnostics of PSAF automatedupdate» // IV international scientific-practical conference «Medical (clinical) psychology». 12-14 October 2017 SPb.

12. Lebedev U. V., Rybakova K. V., Lototsky A. Yu. and etc. the Basics of psychosomatic medicine. Development for seminars for students of the 6th course of medical and sports faculties. Medical University Publishing House, 2008.

13. Kadyrov M. B., Malkova E. E. the Role of «Syndrome PSAF of automatedupdate» in the evaluation of clinical and psychological status of patients with different variants of the course of inflammatory diseases of maxillofacial problems. // SB. proc, Conf. «Current human problems in terms of innovation of modern education and science». RGPU im. A. I. Herzen. 2016. C.

Дата поступления статьи 18.10.2017

Дата публикации статьи 21.12.2017